



ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในวัยรุ่น

กลมวิสาข์ เตชะพูลผล พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น^{1*}

เพียงขวัญ เพียรชนะชัย²

สิริวิษณุ สีสดใส²

ภุริภัค งามพยุ่งพงษ์²

ณัฐชา สุรัตน์วิช²

ชิษณุ ธรรมรัตน์²

¹ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: k_techapoonpon@live.com

Vajira Med J. 2018; 62(5): 375-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.35>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะของเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในวัยรุ่น และศึกษาปัจจัยเชิงประชากรที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียดประเภทต่าง ๆ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของเหตุการณ์ความเครียดกับการวินิจฉัยที่ได้รับและความคิดฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาลักษณะการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เก็บข้อมูลในผู้ป่วยอายุ 10-19 ปี ที่เคยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยนอก ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2560 ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นครั้งแรกด้วยโรคในกลุ่มภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ผลและแปลผลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 289 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในวัยรุ่นที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาในครอบครัวร้อยละ 39.4 ปัญหาเรื่องการเรียน ร้อยละ 20.9 ปัญหาเกี่ยวกับคนรัก ร้อยละ 19.2 ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ร้อยละ 18.8 โดยพบว่าวัยรุ่นที่ประสบปัญหาในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับวินิจฉัยเป็นภาวะ dysthymia ($p= 0.003$) ส่วนปัญหากับคนรักมักกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ($p < 0.001$) และในเพศหญิง ($p= 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ปัญหากับคนรักมักสัมพันธ์กับการได้รับวินิจฉัยเป็น adjustment disorder with depressed mood ($p < 0.001$) และกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.01$) ส่วนปัญหากับครูสัมพันธ์กับวัยรุ่นเพศชาย ($p= 0.02$) และช่วงอายุวัยรุ่นตอนต้น ($p= 0.01$)

สรุป: ลักษณะเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในวัยรุ่น 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาในครอบครัว ปัญหาการเรียน และปัญหากับคนรัก ซึ่งปัญหาในครอบครัวสัมพันธ์กับการเกิดโรค dysthymia ส่วนปัญหากับคนรักสัมพันธ์กับการเกิดโรค adjustment disorder with depressed mood ผลการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงปัญหาในกรุงเทพมหานครที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งปัญหาความเครียดเหล่านี้ควรได้รับป้องกันและช่วยเหลือเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น



Characteristics of stressful life events precipitating first episode depression in adolescents

Kamolvisa Techapoonpon MD^{1*}

Phiangkhwan Phianchanachai²

Siravich Seesodsai²

Bhuribhak Ngampayungpong²

Natcha Surattanawanich²

Chisanu Thumarat²

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address: k_techapoonpon@live.com

Vajira Med J. 2018; 62(5): 375-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.35>

Abstract

Objective: This study aimed to identify the characteristics of stressful life events that precipitated first episode depression in adolescence and also intended to study the relationship between demographic factors and specific characteristics of stressful life events. Secondary aim was to determine the relationship between these life events and diagnosis, as well as suicidal ideation.

Methods: This was a retrospective chart review study. The authors collected data of patients aged between 10-19 years old who visited the psychiatric department outpatient department at Vajira Hospital between 2008-2017 and who had been diagnosed with depression for the first time. All the gathered data were analyzed and interpreted by using SPSS version.

Results: Our study had 298 subjects. The majority of them were female (189 patients, 65.4%). The common stressful life events that precipitated first episode depression in adolescence were family conflict problems (39.4%), academic problems (20.9%), romantic relationship problems (19.2%) and peer relationship problems (18.8%). Family conflict problems were significantly related to dysthymia in adolescence ($p= 0.003$). Romantic relationship problems were more likely to precipitate depression in females ($p= 0.03$) and late adolescence ($p<0.001$). Moreover, romantic relationship problems were significantly related to adjustment disorder with depressed mood ($p<0.001$) and suicidal ideation ($p= 0.01$). Conflict with teachers was more common among boys ($p= 0.02$) and early adolescence ($p= 0.01$).

Conclusion: The top three stressful life events those precipitated first episode depression in adolescence were family conflict problems, academic problems and romantic relationship problems. In particular, family conflict problems were associated with dysthymia. The romantic relationship problems were related to adjustment disorder with depressed mood and suicidal ideation. This research partly reflects the characteristics of stressors that triggered depression in adolescents in Bangkok. Therefore, these problems need to be addressed, in order to reduce incidence of adolescent depression.

Keywords: stressful life event, precipitating factors, adolescent depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นพยาธิสภาพทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ ความสนใจและเพลิดเพลินใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลเสียต่อการเรียน การทำงาน การปรับตัว และการดำรงชีวิตประจำวัน จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนจาก 150 ล้านคนในปี พ.ศ.2546¹ เป็น 300 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559²

วัยรุ่น คือ วัยที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี³ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ความคิด พฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์⁴ ดังนั้นวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยพบว่าความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 ในวัยเด็ก เป็นร้อยละ 17-25 ในวัยรุ่น⁵ เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในช่วงที่มีการพัฒนาของสมองอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้าง และการทำงาน จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้สมองของวัยรุ่นไวต่อตัวกระตุ้นที่มากกระทบ เมื่อเผชิญกับความเครียด อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองและมีผลในระยะยาวได้⁶ เมื่อติดตามวัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้าและได้รับวินิจฉัยด้วยภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความเสี่ยงมากกว่าในการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่⁷ นอกจากนี้วัยรุ่นที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร่ายังมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง จากการศึกษาพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 2 ในคนอายุ 15-29 ปี²

ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็น พันธุกรรม เพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม^{7,8} และปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การสูญเสียคนรัก ปัญหาการเรียน หรือปัญหาครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าครั้งแรกมากที่สุด⁹ ภาวะซึมเศร้าครั้งต่อมานั้นกลับมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตลดลง นั่นคืออาการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นชัดเจน¹⁰ สาเหตุเพราะความเครียด

ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร่านั้นมีผลทำให้ลักษณะทางชีวภาพของสมองเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นเซลล์ประสาทตาย การสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทลดลง รวมถึงการเสียสมดุลของระบบสารสื่อประสาทและการส่งสัญญาณภายในเซลล์ ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้นในเวลาต่อมา¹¹

ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงหลายระดับ¹² สามารถแบ่งตามความรุนแรงออกเป็น adjustment disorder with depressed mood เป็นภาวะที่มีความรุนแรงน้อยที่สุด สามารถหายได้เอง มีสิ่งกระตุ้นชัดเจน ส่วนภาวะ dysthymia และ major depressive disorder เป็นภาวะที่มีความรุนแรงมากที่สุด

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการหาปัจจัยกระตุ้นภาวะซึมเศร้าที่เกิดครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยกระตุ้น โดยจะศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2560 และมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาลักษณะตัวกระตุ้นดังกล่าวอาจนำไปสู่การหาแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาลักษณะของเหตุการณ์ความเครียด (stressful life event) ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงประชากรที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะของเหตุการณ์ความเครียดที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น เพศ อายุ เป็นต้น และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดแต่ละประเภทกับความถี่ฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล เข้ารับการรักษาครั้งแรกในช่วง 1 มกราคม 2551 ถึง 1 ตุลาคม 2560

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 10 -19 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามเกณฑ์

วินิจฉัยตามระบบ international statistical classification of diseases and related health-10 (ICD-10) ดังต่อไปนี้

- 2.1 Major depressive disorder (mild, moderate, severe)
- 2.2 Major depressive disorder, unspecified
- 2.3 Dysthymia
- 2.4 Adjustment disorder with depressed mood

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากโรคทางกาย
2. ผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากสารเสพติดหรือยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน หลัก ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเชิงประชากร
 - 1.1 อายุ คือ อายุเต็มของผู้ป่วยในวันที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 เพศ คือ เพศกำเนิดของผู้ป่วย
 - 1.3 ระดับการศึกษา คือ ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยในวันที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะซึมเศร้า
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค

2.1 เหตุการณ์ความเครียด (character of stressful life event) คือ ลักษณะของเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยยึดตามข้อมูลผู้ป่วยให้กับแพทย์

2.2 การวินิจฉัย คือ โรคหรือกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้า ที่ระบุในเกณฑ์การคัดเข้า โดยยึดจากหลักการวินิจฉัยตามหลัก ICD-10 ที่บันทึกลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานเวชสถิติ

2.3 ความคิดฆ่าตัวตาย คือ ความคิดอยากยุติชีวิตของตัวเอง

ขั้นตอนการศึกษา

ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยการค้นจากรฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลวชิระ และคัดเฉพาะผู้ป่วยอายุ 10-19 ปีที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง 1 ตุลาคม 2560 และได้รับวินิจฉัยด้วยโรคในกลุ่มภาวะซึมเศร้า ต่อไปนี้ major depressive disorder (mild, moderate, severe), major depressive disorder, unspecified, dysthymia และ adjustment disorder with depressed mood และสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นต้องมีได้มาจากโรคทางกาย สารเสพติดหรือยา ได้รายชื่อผู้ที่เข้าเกณฑ์การวิจัยรวม 512 ราย จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการอ่านรายละเอียดที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนและนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งภายหลังจากการรวบรวม ได้ข้อมูลที่ชัดเจนรวม 298 ราย จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้อ่านมาเรียบเรียงแล้วจึงวิเคราะห์ผลและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22 โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยที่ได้รับ ประเภทของเหตุการณ์ความเครียด จำนวนเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยกระตุ้น นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธี Pearson chi-squared test ระหว่างตัวแปรต่อไปนี้

- เพศกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียด
- ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย
- ช่วงอายุของผู้ป่วยกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียด
- ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับวินิจฉัย
- จำนวนเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย
- จำนวนเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย
- จำนวนเหตุการณ์ความเครียดกับวินิจฉัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 289 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 และเพศชาย ร้อยละ 34.6 เป็น

วัยรุ่นตอนต้น (10-13 ปี) ร้อยละ 18 วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) ร้อยละ 30.4 และวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี)¹⁴ ร้อยละ 51.6 และได้รับวินิจฉัยเป็น major depressive disorder (MDD) ร้อยละ 36.3 adjustment disorder with depressed mood ร้อยละ 32.5 major depressive disorder, unspecified (MDD, unspecified) ร้อยละ 16.3 และ dysthymia ร้อยละ 14.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยสามารถจัดกลุ่มลักษณะเหตุการณ์ความเครียดสามารถเป็น 13 กลุ่มหลักๆ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1:

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัย

ข้อมูล	จำแนกข้อมูลย่อย	จำนวน (n=289)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	189	65.4
	ชาย	100	34.6
อายุ(ปี)	วัยรุ่นตอนต้น 10-13 ปี	52	18.0
	วัยรุ่นตอนกลาง 14-16 ปี	88	30.4
	วัยรุ่นตอนปลาย 17-19 ปี	149	51.6
การศึกษา	ประถมศึกษา	13	4.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	47	16.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	37	12.8
	อาชีวศึกษา	9	3.1
	อุดมศึกษา	47	16.3
	ไม่ทราบ	136	47.1
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย	Adjustment disorder	94	32.5
	MDD, unspecified	47	16.3
	Dysthymia	43	14.9
	Major depressive disorder	105	36.3

ตารางที่ 2:

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ประเภทของเหตุการณ์ความเครียด	จำนวน (n)	ร้อยละ
ปัญหาในครอบครัว	115	39.4
ปัญหาการเรียน	61	20.9
ปัญหากับคนรัก	56	19.2
ปัญหากับเพื่อน	55	18.8
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	22	7.5
ปัญหากับครูหรือปัญหาที่โรงเรียน	11	3.8
ปัญหาในการทำงาน	11	3.8
ปัญหาสังคม	8	2.7
การโดนทำร้าย	8	2.7
ปัญหาการเงิน	7	2.4
การแถ้งลูก	2	0.7
อื่นๆ	18	6.2
ไม่ทราบสาเหตุ	21	7.2

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 คนอาจได้รับเหตุการณ์ความเครียดมากกว่า 1 เหตุการณ์ได้

1. ปัญหาในครอบครัว (ร้อยละ 39.4) เช่น ปัญหาทะเลาะกับผู้ปกครองหรือญาติ บิดามารดาทะเลาะกันเองหรือหย่าร้าง ปัญหากับพี่น้อง และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวลักษณะอื่น ๆ เป็นต้น
2. ปัญหาเรื่องการเรียน (ร้อยละ 20.9) เช่น เรียนไม่ทันเพื่อน หรือผลการเรียนไม่ดี เป็นต้น
3. ปัญหากับคนรัก (ร้อยละ 19.2) เช่น ผิดหวังในความรัก ทะเลาะหรือเลิกกับคนรัก เป็นต้น
4. ปัญหากับเพื่อน (ร้อยละ 18.8) เช่น ถูกเพื่อนแกล้ง ทะเลาะกับเพื่อนเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เป็นต้น
5. ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 7.5) เช่น ถูกข่มขืนหรือถูกลวนลามทางเพศ เป็นต้น
6. ปัญหากับครู (ร้อยละ 3.8) เช่น มีปัญหากับครูครูใหญ่ รวมไปถึงผู้อำนวยการโรงเรียน โดยถูกกลั่นแกล้งจับผิด ต่อว่าหรือทำโทษรุนแรง เป็นต้น

7. ปัญหาในการทำงาน (ร้อยละ 3.8) เช่น ปัญหากับเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน รู้สึกไม่ได้รับความยุติธรรมในการทำงาน ใ้ื่องานยาก ทำผลงานได้ไม่ดี เป็นต้น
8. ปัญหาสังคม (ร้อยละ 2.7) เช่น ปัญหาทะเลาะกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน หรือสภาพแวดล้อมเป็นอันตรายไม่เป็นมิตร เป็นต้น
9. การโดนทำร้าย (ร้อยละ 2.7) เช่น ถูกทำร้ายร่างกายโดยคนในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ซึ่งไม่นับรวมการล่วงละเมิดทางเพศ
10. ปัญหาการเงิน (ร้อยละ 2.4) เช่น ปัญหาภาระหนี้สินเงินไม่พอใช้ เป็นต้น
11. การแถ้งลูก (ร้อยละ 0.7) คือ การสูญเสียลูกในท้อง
12. อื่น ๆ (ร้อยละ 6.2) เช่น ญาติใกล้ชิดชดป่วยหรือเสียชีวิต เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

13. ไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 7.2) คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยไม่สามารถระบุสาเหตุความเครียดที่เป็นสาเหตุกระตุ้นได้แน่ชัด

จำนวนเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นปัจจัยกระตุ้น (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุความเครียดเพียงสาเหตุเดียวร้อยละ 68.9 ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุความเครียดมากกว่า 1 สาเหตุร้อยละ 23.9 โดยแบ่งเป็นร้อยละ 19.7 มี 2 เหตุการณ์ ร้อยละ 3.8 มี 3 เหตุการณ์ และร้อยละ 0.3 มี 4 เหตุการณ์ ส่วนกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุพบร้อยละ 7.2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของกลุ่มตัวอย่างกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียด

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับเพศใดเพศหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิงสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับคนรัก (ร้อยละ 80.4, $p = 0.03$) และถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 100, $p < 0.001$) ส่วนเพศชายสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับครู (ร้อยละ 72.8, $p = 0.02$) ดังที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3:

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของผู้ป่วยกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียด	ความคิดอยากฆ่าตัวตาย					
	n (ร้อยละ)		p-value	n (ร้อยละ)		p-value
	หญิง	ชาย		มี	ไม่มี	
ปัญหาในครอบครัว	78(67.8)	37(32.2)	0.43	72(62.6)	43(37.4)	0.08
ปัญหาการเรียน	39(64.0)	22(36.0)	0.79	19(31.1)	42(68.9)	0.99
ปัญหาเกี่ยวกับคนรัก	45(80.4)	11(19.6)	0.03*	26(46.4)	30(53.6)	0.01*
ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	35(63.6)	20(36.4)	0.63	17(31.0)	38(69.0)	0.95
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	22(100)	0(0.0)	<0.001*	6(27.2)	16(72.8)	0.68
ปัญหาเกี่ยวกับครู	3(27.2)	8(72.8)	0.02*	1(9.0)	10(91.0)	0.14
ปัญหาในการทำงาน	7(63.6)	4(36.4)	0.90	2(18.1)	9(81.9)	0.34
ปัญหาสังคม	6(75.0)	2(25.0)	0.56	1(12.5)	7(87.5)	0.25
โดนทำร้าย	6(75.0)	2(25.0)	0.56	1(12.5)	7(87.5)	0.25
ปัญหาการเงิน	3(42.9)	4(57.1)	0.20	1(14.3)	6(85.7)	0.33
แท้งลูก	2(100)	0(0.0)	0.30	0(0.0)	2(100)	0.34

* = $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับคนรักเท่านั้น โดยวัยรุ่นที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับคนรัก ส่งผลให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 46.4 (p= 0.01) ดังที่แสดงในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียด

ช่วงอายุที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้นสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับคนรักมากกว่าวัยอื่น (ร้อยละ 9.4, p= 0.01) วัยรุ่นตอนกลางสัมพันธ์กับปัญหาสังคมมากกว่าวัยอื่น (ร้อยละ 6.7, p= 0.02) และวัยรุ่นตอนปลายสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับคนรัก (ร้อยละ 27.3, p <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับวินิจฉัย

ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเหตุการณ์ความเครียดกับวินิจฉัยที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ปัญหาครอบครัวกับ dysthymia (ร้อยละ 62.8, p= 0.003) และปัญหาเกี่ยวกับคนรักกับ adjustment disorder with depressed mood (ร้อยละ 36.2, p <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเหตุการณ์ความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเพียงเหตุการณ์เดียวและมากกว่า 1 เหตุการณ์ มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 30.3 และ ร้อยละ 33.3 โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4:

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับลักษณะเหตุการณ์ความเครียด

ลักษณะเหตุการณ์ความเครียด	วัยรุ่นตอนต้น (n=52)		วัยรุ่นตอนกลาง (n=88)		วัยรุ่นตอนปลาย (n=149)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ปัญหาในครอบครัว	24	45.3	38	42.7	53	35.3	0.33
ปัญหาการเรียน	8	15.1	23	25.8	30	20.0	0.29
ปัญหาเกี่ยวกับคนรัก	2	3.8	13	14.6	41	27.3	<0.001*
ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	13	24.5	17	19.1	25	16.7	0.45
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	6	11.3	7	7.9	9	6.0	0.45
ปัญหาเกี่ยวกับครู	5	9.4	5	5.6	1	0.7	0.01*
ปัญหาในการทำงาน	0	0.0	1	1.1	10	6.7	0.03
ปัญหาสังคม	1	1.9	6	6.7	1	0.7	0.02*
การโดนทำร้าย	1	1.9	3	3.4	4	2.7	0.87
ปัญหาการเงิน	1	1.9	2	2.2	4	2.7	0.95
การแท้งลูก	0	0.0	1	1.1	1	0.7	0.73
อื่น ๆ	4	7.5	3	3.4	11	7.3	0.42

* = p<0.05

ตารางที่ 5:

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเหตุการณ์ความเครียดกับวินิจัย

ลักษณะเหตุการณ์ ความเครียด	adjustment disorder (n=94)		dysthymia (n=43)		MDD, unspecified (n=47)		MDD (n=105)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ปัญหาในครอบครัว	34	36.2	27	62.8	20	42.6	32	30.5	0.003*
ปัญหาการเรียน	21	22.3	8	18.6	12	25.5	20	19.0	0.79
ปัญหาเกี่ยวกับคนรัก	34	36.2	3	7.0	4	8.5	14	13.3	<0.001*
ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	14	14.4	10	23.3	8	17.0	22	21.0	0.59
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	7	7.4	3	7.0	5	10.6	7	6.7	0.86
ปัญหาเกี่ยวกับครู	4	4.3	0	0.0	4	8.5	2	1.9	0.11
ปัญหาในการทำงาน	3	3.2	0	0.0	2	4.3	6	5.7	0.41
ปัญหาสังคม	4	4.3	0	0.0	2	4.3	2	1.9	0.45
การโดนทำร้าย	3	3.2	1	2.3	3	6.4	1	1.0	0.30
ปัญหาการเงิน	1	1.1	1	2.3	2	4.3	3	2.9	0.69
การแท้งลูก	1	1.1	0	0.0	1	2.1	0	0.0	0.45
อื่น ๆ	2	2.1	3	7.0	3	6.4	10	9.5	0.20

หมายเหตุ : adjustment disorder หมายถึง adjustment disorder with depressed mood; * = p < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเหตุการณ์ความเครียดกับการวินิจัย

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเพียงเหตุการณ์เดียวและมากกว่า 1 เหตุการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับวินิจัยของภาวะซึมเศร้า

วิจารณ์

จากการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับวินิจัยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงเกือบเท่าตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต¹⁵ ทั้งนี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ ประการแรกความแตกต่างทางชีวภาพ เช่น อิทธิพลของฮอร์โมนที่มีผลต่อการทำงานของสมอง¹⁶ เป็นต้น ประการที่สองคือความแตกต่างทางด้านจิตใจ เช่น ทักษะการจัดการกับปัญหา โดยวัยรุ่นเพศหญิงมักคิดหมกมุ่นกับปัญหาและแก้ปัญหาด้วยอารมณ์ ในขณะที่วัยรุ่นเพศชายสามารถเบี่ยงเบนความสนใจและวิเคราะห์ปัญหาได้ดีกว่า¹⁷

ส่วนสาเหตุความแตกต่างระหว่างเพศประการสุดท้าย ได้แก่ ความแตกต่างด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามมากกว่าเพศชาย¹⁶ นอกจากนี้ข้อมูลยังชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า อาจอธิบายได้จากกรณีที่เมื่ออายุมากขึ้นวัยรุ่นจะมีความคิดซับซ้อนและรับรู้ปัญหาที่เข้ามาได้มากขึ้น ร่วมกับภาระรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น¹⁶

ผลการรวบรวมลักษณะเหตุการณ์ความเครียดทั้งหมดที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่าปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาความเครียดที่พบมากที่สุด นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับโรค dysthymia ที่เป็นภาวะซึมเศร้าชนิดที่เรื้อรังที่สุด ชี้ให้เห็นว่าปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาใหญ่และสมควรได้รับการป้องกันช่วยเหลือ เนื่องจากพบบ่อยและส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นในระยะยาว

ส่วนเหตุการณ์ความเครียดที่พบรองลงมา ได้แก่ ปัญหาการเรียน ปัญหาเพื่อน และปัญหากับคนรักซึ่งพบใกล้เคียงกัน คาดว่าเนื่องจากเหตุการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่วัยรุ่นส่วนมากต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดปัญหาได้ง่าย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมพบว่าปัญหากับคนรักนั้นพบมากในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งอาจอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Erik Erikson¹⁸ ที่กล่าวว่าวัยรุ่นตอนปลายเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญกับการมีคนที่รัก คนรู้ใจ ดังนั้นปัญหากับคนรักจึงมีอิทธิพลต่อภาวะทางอารมณ์ของวัยรุ่นอย่างมาก แต่เนื่องจากการมีแฟนหรือคนรักยังเป็นประสบการณ์ใหม่ในชีวิตวัยรุ่น เมื่อประสบกับปัญหา วัยรุ่นจึงขาดทักษะการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการผลการศึกษาวิเคราะห์ที่พบว่าวัยรุ่นที่ประสบปัญหากับคนรักนั้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับวินิจฉัยเป็น adjustment disorder with depressed mood และการมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การวินิจฉัยหรือความคิดฆ่าตัวตายนั้นไม่สัมพันธ์กับจำนวนเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นปัญหากับคนรักจึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการป้องกันช่วยเหลือเช่นกัน โดยอาจเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลวัยรุ่นยุคใหม่เกี่ยวกับการมีความรักเชิงคู่สาวให้แก่ผู้ปกครอง ครูหรือผู้ใดก็ตามที่มีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่น เนื่องจากในสังคมไทยผู้ใหญ่ยังไม่ยอมรับหรือไม่อนุญาตให้บุตรหลานมีความรักเชิงคู่สาว ดังนั้นการขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่จึงมักไม่ใช่ตัวเลือกอันดับแรกของวัยรุ่น และเลือกที่จะปรึกษาเพื่อนมากกว่า¹⁹ นอกจากนี้ควรมีการให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนวัยรุ่นเริ่มมีความรัก รวมถึงมีระบบการช่วยเหลือในขณะที่ยุโรปกำลังประสบกับปัญหา ต้องอาศัยความร่วมมือหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน และเพื่อน

เมื่อให้การป้องกันแก้ไขที่ตรงประเด็นและตั้งแต่นั้น ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ไม่มากนักน้อย ซึ่งจะนำไปสู่การลดลงของอัตราการตาย การใช้สารเสพติด และภาวะอื่น ๆ อีกมากมายที่มักเกิดตามหลังภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัด

1. งานวิจัยชิ้นนี้ทำในลักษณะการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ดังนั้นจึงมีอุปสรรคในการเก็บข้อมูล เช่น ข้อมูลไม่ครบ หรือข้อมูลบันทึกไว้ไม่ชัดเจน หรือขาดการบันทึกประวัติการรักษาเดิมก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวชระเบียนอาจทำให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าครั้งแรก แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทบทวนเวชระเบียนทั้งหมดอย่างละเอียด และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเพียงพอตามการคำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง

2. งานวิจัยชิ้นนี้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเวชระเบียน ดังนั้นผลที่ได้ อาจสะท้อนให้เห็นเฉพาะปัญหาของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร อาจไม่สามารถนำไปใช้ในบริบทสังคมเมืองอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยในอนาคตอาจมุ่งวิเคราะห์แต่ละปัญหาอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในสังคมบริบทอื่น ๆ เช่น สังคมเมืองขนาดเล็ก หรือ สังคมชนบท เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหาในระดับมหัพภาคหรือระดับประเทศต่อไป

สรุป

ภาวะซึมเศร้าพบในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณสองเท่า โดยพบมากที่สุดในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด คือ major depressive disorder โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่เหตุการณ์ความเครียดที่กระตุ้นเพียงเหตุการณ์เดียว และลักษณะเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาในครอบครัว ปัญหาการเรียน และปัญหากับคนรัก ซึ่งปัญหาในครอบครัวสัมพันธ์กับการได้รับวินิจฉัยเป็นโรค dysthymia ส่วนปัญหากับคนรักมักพบในเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับการได้รับวินิจฉัยเป็นโรค adjustment disorder with depressed mood และสัมพันธ์กับการมีความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหากับครูสัมพันธ์กับวัยรุ่นเพศชายและช่วงอายุวัยรุ่นตอนต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindradhiraj University Research Fund)

ขอขอบคุณที่ปรึกษางานวิจัย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิจวรรณ เกิดเจริญ และ นายแพทย์ชยุติ วงศ์เลิศศิริศวกกร ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ซึ่งเหมาะสมในการดำเนินงาน

ขอขอบคุณคุณอนุชา คำส้อม นักวิเคราะห์สถิติที่ให้คำแนะนำในการประมวลผลข้อมูลทางระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้การจัดระบบข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น

ขอขอบคุณคุณพยาบาลวิชาชีพ และพนักงานประจำ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ช่วยดูแลสถานที่ ให้คำแนะนำในการสืบค้นข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. mental disorders [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- World Health Organization. depression [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Age limits and adolescents. Paediatr Child Health. 2003; 8(9):577-8.
- Psychology Today. Adolescent [Internet].2017 [cited 2017 Sep 19]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/basics/adolescence>
- Anderson SL and Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. Trends Neurosci. 2008; 31:183-91.
- Mezulis A, Salk R, Hyde JS, Priess-Groben HA, and Simonson J. Affective, biological, and cognitive predictors of depressive symptom trajectories in adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2014; 42:539-50.
- Wells VE, Deykin EY, Klerman GL. Risk factors for depression in adolescence. Psychiatric developments. U.S. National Library of Medicine; 1985.
- Supachai T, Orapun T, Teerasakdi S, Sucheera P. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of samutsakhon Province. J Psychiatr Assoc Thailand. 2012; 57(3): 283-94.
- Monroe SM, Rohde P, Seeley JR, Lewinsohn PM. Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. J Abnorm Psychol. 1999; 108:606-14.
- Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR and Gotlib IH. First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. J Abnorm Psychol. 1999; 108:483-9.
- Sadock BJ, Sadock Va and Ruiz P. Major depression and bipolar disorder. In: Sadock BJ, Sadock Va and Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2015. p.347-86.
- Brent DA. Depressive disorder. In: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p.473-482.
- Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N, Adthasangsri V, Satitvipawee P, Prasertsong C. Youths and depression: depressive evaluation among senior high school students, Nonthaburi Province. J Sci Tech Maha Univers. 2016; 35(5): 530-7.
- Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: a bumpy ride. J Hum Reprod Sci. 2015; 8(2):70-4.

15. McGuinness TM, Dyer JG, Wade EH. Gender differences in adolescent depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2012; 50(12):17-20.
16. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.* 2012; 379(9820): 1056–67.
17. Li CE, DiGiuseppe R, Froh J. The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence.* 2006; 41(163):409-15.
18. McLeod S. Erik Erikson's stages of psychosocial development [Internet]. 2018 [cited 2018 June 18]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html#references>.
19. Luangchaikul W. Social learning processes leading to premature sex: a case study of undergraduate students [dissertation]. Bangkok: Srinakarinwirot University; 2013.